

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 12

---

# KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

---

*Quand et comment faut-il intervenir ?*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LÉON HUREL

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Vire (Calvados), le 8 juin 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—  
1899



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 12

---

# KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

*Quand et comment faut-il intervenir ?*

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

### LÉON HUREL

Élève de l'École du Service de santé militaire

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Vire (Calvados), le 8 juin 1875



### LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C<sup>ie</sup>

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET . . . . . DOYEN.  
LACASSAGNE. . . . . ASSESSUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

## PROFESSEURS

|                                                          |   |                 |
|----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                            | } | MM. LÉPINE.     |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                        |   | BONDET.         |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          |   | OLLIER.         |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                       |   | PONCET.         |
| Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques. . . . . |   | FOCHIER.        |
| Clinique des Maladies mentales . . . . .                 |   | GAYET.          |
| Physique médicale. . . . .                               |   | GAILLETON.      |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .              |   | PIERRET.        |
| Chimie organique et Toxicologie . . . . .                |   | MONOYER.        |
| Matière médicale et Botanique . . . . .                  |   | HUGOUNENQ.      |
| Zoologie et Anatomie comparée . . . . .                  |   | CAZENEUVE.      |
| Anatomie . . . . .                                       |   | FLORENCE.       |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 |   | LORTET.         |
| Physiologie . . . . .                                    |   | TESTUT.         |
| Pathologie interne. . . . .                              |   | RENAUT.         |
| Pathologie externe. . . . .                              |   | MORAT.          |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           |   | TEISSIER.       |
| Anatomie pathologique. . . . .                           |   | AUGAGNEUR.      |
| Médecine opératoire. . . . .                             |   | MAYET.          |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .             |   | TRIPPIER.       |
| Médecine légale . . . . .                                |   | POLLOSSON (M.). |
| Hygiène . . . . .                                        |   | ARLOING.        |
| Thérapeutique . . . . .                                  |   | LACASSAGNE.     |
| Pharmacie. . . . .                                       |   | BARD.           |
|                                                          |   | SOULIER.        |
|                                                          |   | CROLAS.         |

## PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes . . . . . M. LAROYENNE

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                     |                 |         |
|-----------------------------------------------------|-----------------|---------|
| Clinique des Maladies des Enfants . . . . .         | MM. WEILL,      | agrégé. |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx. . . . . | LANNOIS.        | —       |
| Accouchements. . . . .                              | POLLOSSON (A.). | —       |
| Botanique. . . . .                                  | BEAUVISAGE,     | —       |
| Propédeutique médicale. . . . .                     | ROQUE,          | —       |
| Propédeutique chirurgicale. . . . .                 | GANGOLPHE,      | —       |

## AGRÉGÉS

|                |         |         |                 |
|----------------|---------|---------|-----------------|
| MM.            | MM.     | MM.     | MM.             |
| BEAUVISAGE.    | ROLLET. | DURAND. | PAVIOT.         |
| CONDAMIN.      | ROUX.   | DOYON.  | NOVÉ-JOSSERAND. |
| COURMONT.      | COLLET. | BARRAL. | BÉRARD.         |
| DEVIC.         | BOYER.  | MOREAU. | BORDIER.        |
| POLLOSSON (A.) | VALLAS. | PIC     | SAMBUC.         |
| ROCHET.        | SIRAUD. |         |                 |

M. BEAUDUN, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. WEILL, Assesseur ;  
MM. POLLOSSON (A.) et CONDAMIN, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MES CHERS PARENTS

*Hommage d'affection et de reconnaissance*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
Monsieur le Professeur LAROYENNE

A Monsieur  
le Professeur Agrégé CONDAMIN

*Sur le point de franchir le seuil de l'Ecole et de dire adieu, peut-être, hélas ! pour toujours, à la ville où nous avons fait nos études, c'est pour nous un agréable devoir de venir remercier tous ceux envers lesquels nous avons contracté tant de dettes de reconnaissance.*

*Pendant un semestre, nous avons eu l'honneur d'être le secrétaire de M. le professeur Laroyenne. Il n'a cessé, alors, de nous témoigner la plus grande bienveillance et aujourd'hui met le comble à ses bontés en acceptant la présidence de notre thèse. Nous remercions notre maître de l'honneur qu'il nous fait, et nous le prions de croire à notre vive gratitude.*

*M. le professeur agrégé Condamin, après nous avoir initié aux difficultés de la gynécologie, a bien voulu nous inspirer le sujet de notre travail. Nous lui serons toujours reconnaissant de sa marque de confiance et de l'intérêt qu'il nous a porté.*

*Merci à M. le chef de clinique Repelin et à M. le docteur Plauchu de l'amitié qu'ils nous ont témoignée pendant notre passage à la Charité.*

*Merci à M. le docteur Commandeur, chef de clinique obstétricale, qui nous a fourni une observation et nous a aidé de ses conseils.*

*Nos maîtres dans les hôpitaux, M. le professeur Ollier, M. le docteur Rabot, M. le professeur agrégé Jaboulay ont été pour nous des maîtres pleins de bienveillance. Nous tenons à les assurer de notre respectueuse reconnaissance.*

*Pendant notre séjour à l'Ecole, M. le médecin principal Pierrot s'est particulièrement intéressé à nous. Nous le remercions bien sincèrement du vif intérêt qu'il nous a porté et de ses nombreuses marques de sympathie à notre égard.*

*Merci à M. le médecin-major Marcus qui commença notre éducation chirurgicale. Nous ne saurions perdre le souvenir de ses précieux enseignements et de sa bienveillance envers nous.*

*Que nos amis intimes, le docteur Léard et le docteur Chrétien soient assurés de notre réelle affection. Nous n'oublierons pas les heures passées avec eux qui contribuèrent à égayer notre vie d'Ecole.*

*A Lyon, nous avons retrouvé bien des fois, auprès de Mme Bour et de ses enfants, de M. et Mme Lepage les charmes de la vie de famille. Nous garderons toujours dans notre mémoire le souvenir de l'accueil si affectueux qu'ils firent à leur jeune compatriote et c'est du fond de notre cœur que nous les prions de recevoir l'hommage de notre sincère reconnaissance.*

*L. H.*

*Lyon, le 11 novembre 1899.*

## INTRODUCTION

---

Pendant le dernier semestre d'hiver, il nous fut donné de voir dans le service de gynécologie de M. le Professeur Laroyenne, une malade porteur d'un kyste ovarique inclus entre les deux feuillets du ligament large droit et coïncidant avec une grossesse de trois mois. M. le Professeur agrégé Condamin pratiqua l'extirpation du kyste : l'intervention réussit pleinement, si bien que la malade complètement guérie quittait le service quelques jours après, sans que sa grossesse ait paru souffrir de l'opération.

A ce propos, notre maître jugea utile d'attirer notre attention sur la bénignité de cette intervention. Il nous compara cette ovariectomie simple, facile, faite en pleine gravidité, à une ovariectomie pratiquée par M. Laroyenne et par lui sur une malade ayant accouché deux mois auparavant. Chez cette dernière, l'intervention fut singulièrement compliquée, s'accompagna de nombreux incidents opératoires et post-opératoires.

La gravité de cette ovariectomie *post partum* constitue-t-elle un cas isolé, ou bien est-elle un phénomène constant pendant les suites de couches ? En d'autres termes, est-ce accroître les chances opératoires que remettre l'intervention radicale après la délivrance ?

D'autre part, quand le chirurgien préfère la temporisation à l'extirpation du kyste, il lui faut recourir à des traitements palliatifs afin de permettre à la grossesse et à l'accouchement de se passer normalement. Que valent ces traitements d'attente ? Sont-ils toujours aussi bénins et aussi efficaces que leurs partisans l'ont prétendu ?

Telle est la double question que nous avons cherché à résoudre au cours de ce travail et dont la solution nous permettra de répondre à ce problème encore si discuté : Comment, à l'heure actuelle, le chirurgien doit-il se comporter en présence d'un kyste ovarique et d'un utérus gravide, en vue de sauvegarder au mieux les intérêts de la mère et de l'enfant ?

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### **Nécessité d'une intervention dans le cas de kyste de l'ovaire compliqué de grossesse. — Dangers des traitements palliatifs.**

Lorsqu'une grossesse survient chez une femme ayant un kyste de l'ovaire, la présence de la tumeur expose la malade à une série de troubles et d'accidents qui varient avec le siège et le volume de la tumeur.

Le siège du kyste, en effet, a une importance capitale. Les gros kystes, par suite de leur volume, se placent dans la cavité abdominale. En raison de la congestion qui se produit alors dans tout le territoire utéro-ovarien, ils subissent une accélération de développement en même temps que l'utérus se distend. Ces tumeurs volumineuses intra-abdominales ne tardent pas à exercer une compression sur les organes de la cavité péritonéale et sur les organes voisins de cette cavité. En se plaçant sous la coupole diaphragmatique, ils refoulent les poumons et le cœur ; ils déterminent ainsi une dyspnée des

plus pénibles en même temps que des palpitations.

Pour se loger, ils distendent la paroi abdominale et provoquent ainsi de violentes douleurs.

La compression qu'ils exercent sur les nerfs et les vaisseaux amène des névralgies et de l'œdème dans les membres inférieurs.

Enfin, ils sont la source de troubles digestifs et produisent de la gêne dans la miction et la défécation.

Le contenu de l'utérus peut lui-même avoir à souffrir du voisinage du kyste, soit par les déviations que ce dernier provoque sur la matrice, soit par l'obstacle qu'il apporte à la libre extension de l'utérus, ce qui, souvent, détermine le commencement du travail. Il est bon de faire remarquer l'influence de ces tumeurs sur la provocation d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, car le grand reproche que les adversaires de l'ovariotomie ont adressé à cette méthode, c'est de causer parfois une interruption dans le cours de la grossesse. Nous verrons plus loin, que non seulement ce reproche a été exagéré, mais que, dans certains cas, on a dû avoir recours à l'ovariotomie pour éviter un avortement menaçant.

C'est pendant la grossesse que le kyste volumineux à siège intra-abdominal exerce ces méfaits; au moment de l'accouchement, au contraire, il est peu à redouter. Il n'en est pas ainsi des kystes de petit volume qui, généralement, laissent la grossesse évoluer d'une façon normale, mais au moment du travail peuvent être la source d'accidents formidables. En effet, ils se placent dans l'excavation

pelvienne au niveau du cul-de-sac de Douglas. Ces kystes intra-pelviens, en rétrécissant la filière génitale, opposent souvent un obstacle insurmontable à la progression du fœtus. Il est à remarquer que ces petits kystes sont souvent des kystes dermoïdes dont le contenu ne peut être évacué par une simple ponction.

Le kyste a donc une influence néfaste sur la grossesse ; la grossesse, à son tour, agit directement sur ces tumeurs en favorisant d'une façon notable la production des accidents particuliers aux kystes tels que la suppuration du contenu du kyste, la torsion du pédicule, la rupture, etc.

Empêcher les gros kystes d'exercer une compression trop pénible sur les viscères, les vaisseaux et les nerfs pendant la période de développement du fœtus ; s'opposer à la production d'une dystocie par les petits kystes, au moment de l'accouchement, voilà le double but que se proposent de remplir les traitements palliatifs.]

*Expectation.* — Mais est-il bon d'intervenir avant la venue de ces accidents ? Certains ont conseillé l'attente. N'opérons les kystes, disent-ils, que s'il survient une complication ; la grossesse pourra peut être évoluer normalement et l'accouchement se passer sans encombre.

Malheureusement l'expérience prouve combien cette temporisation est funeste.

Jetter a démontré que l'attente donnait une mortalité des plus élevées pour la mère et pour l'enfant.

|             |       |
|-------------|-------|
| Mère.....   | 50 %. |
| Enfant..... | 48 %. |

Engstrom (1) déclare que l'ovariotomie donne une mortalité de 4, 16 %.

Temporiser, compter sur une issue neuveuse c'est, dans la grande majorité des cas, laisser mourir la mère et l'enfant, pour ne pas assumer la responsabilité d'une intervention cent fois moins grave que l'attente. Il est donc interdit au chirurgien de se croiser les bras et de rester inactif en présence d'une complication aussi sérieuse.

*Accouchement prématuré.* — A l'encontre de ces chirurgiens trop confiants, d'autres, plus pessimistes, n'ont pas craint de préconiser un accouchement prématuré. Barnes (2) s'est fait le défenseur de cette méthode.

« Les risques de rupture, d'étranglement de la tumeur, de choc consécutif, d'hémorragie et de péritonite sont si sérieux... qu'il vaut mieux mettre un terme à la grossesse, puis se laisser guider par les indications pour traiter la maladie ou la tumeur ».

Treille (3), exagérant la méthode, va même jusqu'à conseiller l'avortement.

Nous ne saurions admettre une méthode qui

---

(1) De l'ovariotomie pendant la grossesse. *Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, nov., 1890.

(2) In RÉMY. — Th. d'agrég., page 127.

(3) TREILLE. — Th. de Paris, 1873.

commence par le sacrifice de l'enfant, d'autant plus que les chiffres démontrent son inanité. « Dans onze cas, dit Budin (1), dans lesquels on a provoqué l'expulsion du fœtus, on a eu la mort de cinq femmes et de trois enfants. Les résultats ne sont pas faits pour encourager à suivre cette méthode ». Aussi, cette intervention a trouvé fort peu d'imitateurs.

*Ponction.* — Il n'en est pas ainsi de la ponction qui, longtemps, a été considérée comme la méthode de choix. A l'heure actuelle encore, c'est le traitement recommandé quand la grossesse a dépassé le sixième mois.

Sans doute, dans un certain nombre de cas, complaisamment relatés dans la thèse de Rémy, elle a pu permettre à la grossesse et à l'accouchement de se passer normalement, mais, à côté de ces succès, que de dangers et souvent quelle inefficacité !

Il faut multiplier les ponctions, le liquide ne tardant pas à se reproduire après son évacuation.

Certains kystes renferment un liquide hématique. L'on conçoit, sans peine, combien ces ponctions répétées affaiblissent la malade. Tel est le cas d'une malade opérée par M. le professeur Laroyenne, cité par Larrivé (2). Une femme, porteur d'un kyste ovarique et enceinte de quatre mois, entre à la clinique de gynécologie. Pour combattre une dyspnée in-

---

(1) BUDIN. — *Journal des sages-Femmes*, du 16 décembre 1898. et du 1<sup>er</sup> janv. 1899.

(2) LARRIVÉ. — Kystes de l'ovaire et ovariectomie. *Lyon Médical* du 16 mai 1880.

tense, on pratique une ponction, il s'écoule une grande quantité d'un liquide fortement hémétique. La malade continuant à souffrir, on dut abandonner la ponction qui aurait trop anémié la malade et recourir à l'ovariotomie. La femme guérit et accoucha à terme.

Elle favorise notablement la production d'une torsion du pédicule, Malins et Thornton en ont publié des cas. L'observation II de la thèse de Parizot, élève de Péan, est un exemple de torsion consécutive à une ponction

C'est une méthode aveugle. Trop souvent l'on a eu à déplorer la perforation des intestins, de la vessie, de l'utérus lui-même. Parfois, en effet, il est difficile de distinguer la tumeur kystique de la tumeur utérine.

Dans bon nombre de cas elle a provoqué la supuration du kyste. Ou bien, le liquide restant dans le kyste s'écoule dans l'abdomen par l'ouverture faite au trocart et détermine une péritonite aiguë.

Elle donne une mortalité élevée, puisque Kerron (1) a pratiqué 43 fois la ponction et a eu 24 morts.

Enfin, ce n'est pas une méthode générale : elle est inefficace contre les kystes multiloculaires et contre les kystes dermoïdes.

*Incision du kyste.* — C'est surtout contre ces kystes dermoïdes, obstruant l'excavation au moment du travail, que Fritsch (2) a recommandé le procédé

---

(1) Discussion sur la dystocie causée par les tumeurs pelviennes de l'ovaire. *Semaine gynécol.*, du 3 mai 1898.

(2) Id.

qui consiste à inciser le kyste par le vagin, à suturer les bords de la poche à ceux de l'incision vaginale et à évacuer par cette ouverture le tissu graisseux, les cheveux, les dents et les os que l'on trouve dans ces tumeurs.

Cette marsupialisation vaginale, presque aussi compliquée qu'une ovariectomie dont elle ne donne pas les avantages, demande un temps très long à guérir. De plus, cette large ouverture dans le kyste est un appel incessant à l'infection ; au moment de l'accouchement, les glaires, dans les suites de couches, les lochies plus ou moins souillées, en pénétrant dans la cavité kystique, amènent presque fatalement sa suppuration.

Aussi les auteurs qui l'ont préconisée, malgré ses dangers, recommandent de ne l'employer que si la méthode du refoulement a échoué.

*Le refoulement.* — Le refoulement, comme l'incision, ne s'adresse qu'aux kystes pelviens. Il consiste à faire remonter la tumeur au dessus du détroit supérieur, au moyen de manœuvres exécutées par la voie vaginale ou rectale.

Comme le fait remarquer Rémy (1), quand un kyste de petit volume siège dans le cul-de-sac de Douglas, l'utérus, en se développant, a tendance à le faire remonter dans la cavité abdominale. S'il reste fixé dans l'excavation, c'est qu'alors des adhérences le retiennent aux parties voisines et empêchent son

---

(1) REMY, P. 32.

ascension. Ces mêmes adhérences, au moment du refoulement artificiel, empêcheront également la mobilisation du kyste. Si le chirurgien exerce des manœuvres trop fortes, il s'expose à provoquer la rupture avec tous ses dangers. Aussi, cette méthode n'est pas aussi bénigne qu'elle en a l'air tout d'abord. Jetter (1) nous donne une statistique : 23 cas avec trois morts, soit 17,4 % ; treize enfants vivants et cinq morts.

*Forceps. — Version.* — Lorsque, pendant l'accouchement, la ponction et le refoulement échouent, l'on conseille d'avoir recours au forceps pour provoquer la descente de la tête fœtale. Pendant ces tractions, le kyste se trouve forcément comprimé entre les os du bassin et la tête fœtale. Si le kyste n'est pas compressible, il constituera un obstacle insurmontable devant des tractions modérées.

D'autre part, il est facile de comprendre tous les dangers résultant de tractions intempestives : l'on s'expose à la rupture du kyste (13 cas, 2 ruptures) ou bien à déchirer la cloison recto-vaginale, enfin contusionner la tête de l'enfant.

La version est encore plus dangereuse que le forceps, elle compromet davantage la vie du fœtus par suite de la compression du cordon et expose tout autant la vie de la mère, en amenant du côté du kyste les mêmes accidents.

---

(1) COCARD. — Th. de Paris 1896, page 33.

D'après Playfair (1), la version donne :

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| 1 mère vivante.....  | 4 mortes. |
| 1 enfant vivant..... | 4 morts.  |

D'après Jetter, le forceps donne :

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| 6 mères vivantes.....   | 6 mortes. |
| 6 enfants vivants ..... | 5 morts.  |

Alors même que l'on parvient à extraire, sans accident immédiat, l'enfant des parties maternelles, ce n'est pas impunément que l'on aura infligé un pareil traumatisme au kyste qui ne tardera pas à réagir en s'enflammant.

*Basiotripsie. — Opération césarienne.* — Et alors, quand la ponction, le refoulement et le forceps ont échoué, que faut-il faire? Avoir recours à la basiotripsie ou pratiquer une césarienne, disent certains. La crainte d'en arriver à de pareilles extrémités n'est-elle pas déjà un motif de pratiquer l'ovariotomie pendant la gestation?

Qu'un accoucheur se résigne à mutiler un enfant mort, nous le comprenons à la rigueur, mais que, de sang-froid, l'on sacrifie un enfant vivant, c'est se ménager de cruels remords.

Quant à la césarienne, nous ne l'admettons que dans le cas où l'ovariotomie aura été essayée et cela sans succès. Nous verrons, en effet, qu'au moment du travail, elle a été pratiquée plusieurs fois à

---

(1) *In* Th. Rémy.

l'étranger et qu'elle a permis de sauver la mère et l'enfant.

En résumé, une grande inefficacité, l'existence de la malade et du fœtus gravement compromise, tels sont les deux reproches que nous pouvons déjà adresser aux traitements palliatifs.

Il en est un troisième, le plus grave selon nous et sur lequel les auteurs n'ont pas assez insisté, c'est que ces traitements ne constituent pas des méthodes radicales et sont uniquement des traitements d'attente. Nous ne nions pas, en effet, que, dans un nombre restreint de cas, ils aient produit de bons effets immédiats ; mais la valeur d'une méthode doit se juger surtout dans ses résultats éloignés. Nous espérons démontrer, dans le chapitre suivant, qu'en permettant de différer l'intervention radicale, loin d'accroître les chances opératoires, ils les diminuent notablement.

---

## CHAPITRE II

---

### **De l'ovariotomie post-partum. — Gravité de cette intervention : observations à l'appui.**

L'ovariotomie, dit Cauchois (1), est-elle moins grave quand on la pratique après l'accouchement? On manque de faits pour décider de la question.

En effet, ainsi que le fait remarquer Pinard (2), les observations sont nombreuses qui démontrent la légitimité de l'intervention pendant la grossesse, mais les observations d'ovariotomies *post-partum*, sont infiniment moins nombreuses. Ce n'est que dans ces derniers temps, que les auteurs ont commencé à publier des observations d'ovariotomies faites pendant les suites de couches. Jeannel, Terrillon, Le Roy des Barres, Lawrence, Lawson-Tait, Mangiagalli, Veit, M. Condamin en ont publié des

---

(1) CAUCHOIS. — *Bull. Société Chir.* T. XI, 1886.

(2) PINARD. — Rapport sur l'obs. de M. le Dr Le Roy des Barres. — *Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 1884.

cas, et ces cas sont, à l'heure actuelle, suffisamment nombreux pour qu'on puisse apprécier le pronostic de cette intervention.

La gravité d'une intervention résulte de deux facteurs : de l'état général du malade et de l'intervention elle-même. Il est évident qu'une cure radicale de hernie simple est plus grave chez un vieillard affaibli par les ans que chez un adolescent. De plus, la cure d'une hernie étranglée est plus grave qu'une cure de hernie simple. Si donc, nous voulons juger le pronostic de l'ovariotomie *post-partum*, il nous faut tenir compte de ces deux facteurs.

I. — *Etat général*. — (a) L'ovariotomie faite pendant les suites de couches a lieu sur une femme dont l'état général est mauvais. Elle a constamment souffert pendant sa grossesse, son accouchement a été laborieux, aussi ses forces sont considérablement affaiblies ; elle a des tendances aux vertiges et à la syncope.

(b) Cette faiblesse se trouve parfois accrue par des complications qui se produisent après l'accouchement. Pour peu que le kyste présente des adhérences avec l'utérus, il s'oppose, après la délivrance, à la régression normale de l'utérus. Ce défaut d'involution utérine se traduit alors par des tendances aux hémorragies qui contribuent à épuiser la malade.

(c) Ou bien le kyste situé dans l'excavation repousse le col utérin contre la symphyse pubienne.

et s'oppose au libre écoulement des lochies. La rétention des lochies peut être le point de départ d'une septicémie puerpérale.

Ce n'est point une chose rare de voir la septicémie se produire pendant les suites de couches de ces malades. Vous avez refusé l'extirpation du kyste pendant la grossesse. L'expulsion du fœtus a pu se faire, il est vrai, mais à quel prix ? Dans les cas les plus heureux, le travail a duré beaucoup plus longtemps que normalement.

Afin de faciliter la sortie de l'enfant, il vous a fallu recourir aux traitements palliatifs. Ce travail prolongé, ces interventions sont autant de causes d'infection. Ne sait-on pas que la tendance actuelle des accoucheurs est d'intervenir le moins possible au moment du travail ? Dans ces conditions, il n'est point rare d'observer des phlébites du bassin et des membres inférieurs. Tel est le cas de la malade de Stolz, rapporté dans la thèse de Doumaïron (1). L'observation V de Lawrence en fournit un autre exemple.

Souvent même, la septicémie ne reste pas localisée et envahit l'organisme tout entier. Ce fut le cas de la malade de Le Roy des Barres que nous rapportons dans l'observation XXII.

Mais, dira-t-on, sans doute, l'état général de la malade ne prédispose pas à un succès opératoire. Toutefois, il suffit de temporiser encore, d'attendre

---

(1) DOUMAIRON. — Th. de Strasbourg, 1868.

des jours meilleursoù, les forces étant revenues, l'on pourra tenter sans crainte l'intervention radicale.

II. — *Accidents du kyste.* — Malheureusement, cette manière d'agir, très séduisante en théorie, est souvent irréalisable dans la pratique. Fréquemment des accidents surviennent du côté du kyste ; ils apparaissent brusquement et forcent le chirurgien à intervenir sans retard, malgré l'état précaire de la malade.

C'est, d'abord, *un accroissement rapide du kyste* après l'accouchement.

L'on sait l'influence néfaste que produisent sur certains sarcomes des palpations répétées, lesquelles font parfois doubler le volume de la tumeur dans un court espace de temps. L'accouchement est souvent, pour le kyste, ce que la palpation est pour la tumeur maligne.

Une malade de Terrillon présentait un kyste que l'on diagnostiqua seulement au moment de la délivrance. L'accroissement du kyste fut si rapide qu'en vingt-cinq jours l'abdomen présenta une circonférence de 1<sup>m</sup>50 (Obs. XXI).

Les frottements du kyste contre l'utérus et la tête fœtale excitent la paroi de la tumeur dont la surface interne se met à sécréter abondamment.

Il arrive alors qu'un kyste ayant passé inaperçu pendant la grossesse et l'accouchement, se manifeste peu de jours après la délivrance. Disons-le, en passant, lorsque ce cas se produit, il est bon de ne pas trop tarder à débarrasser la malade de sa tumeur,

car cette dernière est sujette à un accident des plus graves, nous voulons parler *de la torsion du pédicule* après l'accouchement.

Le produit de la conception et le kyste ont distendu outre-mesure les parois abdominales. Après la sortie de l'enfant et du délivre des parties maternelles, l'utérus revient sur lui-même.

Cette distension des parois de l'abdomen, cette régression du muscle utérin, ont agrandi considérablement la cavité péritonéale. Le kyste, dans cette vaste cavité à parois flasques, ne se trouve plus fixé et présente une extrême mobilité. Dans ces conditions, si la tumeur a une pédicule un peu long, les mouvements et les efforts provoquent avec la plus grande facilité une rotation du kyste et, par suite, une torsion du pédicule. Cette torsion peut être ou modérée ou très prononcée.

1<sup>o</sup> Si la torsion du pédicule est modérée, le cours du sang veineux se trouve arrêté pendant que la circulation artérielle continue. Le surcroît d'apport sanguin ne tarde pas à déterminer une augmentation de pression dans les vaisseaux de la tumeur. Cette augmentation de pression amène une rupture des vaisseaux et un épanchement de sang peut se produire soit dans l'abdomen, soit dans l'intérieur du kyste. *L'hémorragie intra-kystique* est souvent considérable (cinq livres de sang dans l'intérieur d'un kyste d'une malade de Spencer) (1). Ces hémorra-

---

(1) In Th. de MOULS. — Contrib. à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Paris, 1889.

gies considérables peuvent amener la mort, ainsi que l'ont observé Patruban et Spencer Wells. L'observation XX, de Mangiagalli, nous offre un exemple de cet accident.

L'augmentation de pression peut se produire à l'intérieur du kyste et amener une rupture. Cette *rupture* a d'autant plus de chances de se produire que la paroi du kyste a été amincie et enflammée par les traumatismes. D'après Rémy :

12 femmes — 12 ruptures : 4 guérisons, 7 morts, 1 sort inconnu.

D'après Düffner (1) : 8 ruptures, 1 guérison, 7 morts.

Nous tenons à faire remarquer que cette rupture peut se produire dans un temps plus ou moins rapproché de l'accouchement, ce qui prouve bien que le médecin ne peut pas, le plus souvent, choisir le moment de l'intervention après la délivrance. « Thibault cite un cas de rupture 30 heures après l'accouchement ; Spencer-Wels 18 jours ; Sæxinger a vu une femme mourir d'une rupture 20 jours après un accouchement provoqué à la trente-quatrième semaine ».

2° Cette rupture est d'autant plus à craindre que le contenu du kyste est susceptible de subir des modifications importantes. En effet, quand la torsion du pédicule est très prononcée, la nutrition de la tumeur se fait mal, le kyste alors s'enflamme et son contenu devient *purulent*. « On remarque que les

---

(1) DUFFNER. — Ruptures et perforations des kystes de l'ovaire. Thèse de Nancy, 1893.

« ponctions faites après les couches donnent pres-  
« que toutes issue à des liquides plus ou moins alté-  
« rés; nous insistons sur ce point, car il nous sem-  
« ble être une règle dans l'histoire de la complica-  
« tion de la puerpéralité par des tumeurs de ce  
« genre » (Doumairon) Les observations XIV, XV de  
Mangiagalli, l'observation de Jeannel rentrent dans  
ce cas.

La torsion peut être telle qu'un sillon d'élimination  
se produit au niveau du pédicule, et le kyste se  
sépare de son point d'attache. S'il ne se crée pas de  
nouvelles adhérences, si des vaisseaux de nouvelle  
formation ne viennent pas assurer sa nutrition, loin  
de se comporter comme un corps aseptique, *il se  
sphacèle* le plus souvent et occasionne des accidents  
de septicémie. L'observation IV, de Lawrence, est  
un exemple de rupture du pédicule.

Tous ces accidents s'accompagnent d'une inflam-  
mation des parois du kyste, laquelle provoque une  
*péritonite adhésive*. Ces adhérences gênent singu-  
lièrement l'intervention, prolongent l'opération,  
exposent aux hémorragies et rendent, par consé-  
quent, le pronostic plus sombre.

A l'appui de l'idée que nous émettons, à savoir que,  
dans l'ovariotomie *post-partum*, on se heurte à de  
sérieuses complications, souvent fatales pour la ma-  
lade, nous apportons une série d'observations dont  
l'une est due à nos maîtres, M. le professeur La-  
royenne et M. le professeur agrégé Condamin.

## Observations de Lawrence (1)

### OBSERVATION I

La femme en question avait noté, pendant la grossesse, qu'elle était beaucoup plus grosse que pendant les autres gestations ; mais, sauf une sensation de lourdeur, de pesanteur, exagérée, pas de malaises spéciaux. Pendant l'accouchement rien de particulier ; il avait marché comme les autres. Mais, après l'accouchement, elle avait été prise, dès le troisième jour, de douleurs abdominales aiguës, de fièvre vive ; de plus, le ventre était tendu. On supposa qu'il s'agissait de péritonite puerpérale, mais je diagnostiquai un kyste de l'ovaire compliqué de *torsion du pédicule* et de péritonite récente. Je fis la laparotomie, et confirmai l'exactitude du diagnostic. Ovariectomie. Suites opératoires heureuses. Guérison.

### OBSERVATION II

Pendant la grossesse, jusqu'à l'accouchement, plusieurs crises de douleurs abdominales. Durant le travail, les douleurs furent toujours très vives, mais la délivrance s'accompagna d'une douleur intense dans le ventre. La parturiente se trouva mal, mais se remit peu après. Après l'accouchement, elle resta couchée six semaines, souffrant constamment du ventre et de distension abdominale. A son entrée à l'hôpital, je trouvai la cavité abdominale pleine de liquide, et je pensai qu'il s'agissait soit de quelque affection tubaire vague qui avait été le point de départ de la péritonite, soit d'un kyste de l'ovaire rupturé. Ce dernier diagnostic était le vrai. Je fis la laparotomie et extirpai le kyste qui était *rompu*. Convalescence régulière ; guérison. Je pense, que dans ce cas le kyste s'était élevé en même temps que la matrice, qu'il avait contracté des adhé-

---

(1) *British medical Journal*, septembre, 1893, et *Ann. de Gynécologie*. — novembre 1893,

rences et qu'il s'était rompu à l'occasion de l'involution de l'utérus.

### OBSERVATION III

La femme s'est trouvée plus grosse qu'aux grossesses antérieures. Durant cette grossesse, et surtout aux derniers six mois, douleurs vives dans le ventre. Accouchement plus pénible, plus douloureux que les précédents. Après l'accouchement, plusieurs crises de douleurs abdominales avec fièvre et nausées; cinq semaines après l'accouchement, je constatai une tumeur demi-solide, s'élevant du bassin jusqu'à l'ombilic, et du volume d'un utérus à six mois. Je diagnostiquai un kyste ovarique compliqué probablement *de torsion du pédicule* et d'hémorragie intra-kystique. Laparotomie; kyste très adhérent aux parois abdominales, à l'intestin, à l'épiploon. Après libération des adhérences, ovariectomie. Guérison régulière.

### OBSERVATION IV

Cas important, parce que la femme a suivi, spontanément, une ligne de traitement tracée par quelques auteurs, savoir : avortement à six mois de grossesse. Au moment où je la vis, il y avait de la fièvre, de la distension de l'abdomen et les signes d'une délivrance récente. Je constatai une tumeur abdominale kystique, très tendue et une bonne quantité de liquide péritonéal. Laparotomie. Extirpation du kyste dont *le pédicule était rompu* et ablation de l'autre ovaire devenu kystique. Suites opératoires heureuses; guérison.

J'imagine qu'après l'évacuation de l'utérus, le kyste a subi un mouvement de rotation, que ce mouvement de rotation a été la conséquence des modifications de rapports dues à l'état de plénitude ou de vacuité de l'utérus, et, j'estime que la possibilité de cette complication est une contre-indication à l'accouchement prématuré.

### OBSERVATION V

Ventre très gros, douleurs très vives à partir du troisième mois, nausées. Accouchement très douloureux, terminé avec

le forceps. Après l'accouchement, continuation des douleurs, température élevée, nausées, phlegmatia. Quatre semaines après, laparotomie : kyste adhérent, *pédicule tordu*. Ovariectomie. Suites opératoires heureuses ; guérison.

#### OBSERVATIONS VI, VII, VIII, IX ET X

Elles présentent des symptômes analogues. Pendant la grossesse, toutes les femmes trouvèrent qu'elles étaient plus grosses que pour les autres. Accouchement et délivrance plus pénibles, plus douloureux que les antérieurs.

Dans tous ces cas, il y avait du liquide libre dans la cavité abdominale qui masquait le kyste, et on les avait pris pour des péritonites puerpérales. Laparotomie : kyste adhérent avec *torsion du pédicule* ; dans tous les cas, guérison.

### Observation de M. Condamin

#### OBSERVATION XI

KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE. — TORSION DU PÉDICULE APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — OVARIOTOMIE, PAR MM. LAROYENNE ET CONDAMIN.

M.M..., âgée de 42 ans, née à Florence (Italie). Bonne santé habituelle. Mariée depuis vingt-cinq ans n'a eu jusqu'à cette dernière année ni fausse couche, ni grossesse. Depuis 6 ans environ, elle voit son ventre augmenter progressivement, mais sans qu'elle ressente de douleurs ; à peine s'est-elle sentie un peu plus faible dans ces dernières années. Dans le courant de l'année 1892, suppression des règles, suppression qui fut mise sur le compte du kyste de l'ovaire ou d'une ménopause un peu précoce. Il n'en était rien. Il s'agissait d'une grossesse qui évoluait régulièrement ; à la fin, la malade, par suite du volume considérable de son ventre, éprouvait quelque accès de dyspnée. Elle accouche en mai 1893. M. Condamin constate que le kyste est fortement tendu, mais il ne plonge pas dans le bassin, et laisse la tête y descendre facilement. Le travail de dila-

tation du col se fit en 6 à 8 heures. Dès que la dilatation fut complète, il fit respirer à la malade un peu de chloroforme, et rompit la poche des eaux, décidé à intervenir immédiatement par le forceps pour que la parturiente n'ait pas de douleurs expultrices et, par suite n'amène pas une rupture de son kyste dans la cavité abdominale. C'était là sa principale préoccupation.

L'enfant était petit ; il put, avec le forceps, l'extraire facilement, sans que la malade ait, à aucun moment, fait contracter ses muscles des parois abdominales. Peu après l'accouchement, avant la délivrance, la malade eut une légère syncope qui fit craindre une hémorragie intra-utérine, ce dont notre maître ne pouvait se rendre compte en raison du kyste qui recouvrait complètement l'utérus. Comme il n'y avait pas de pertes externes, il attendit encore un peu pour faire la délivrance qui s'effectua spontanément. Le pouls revint à la normale et les suites de couches furent des plus simples.

A noter seulement, au dixième jour, des douleurs assez vives dans la zone du crural. M. Condamin ne pouvait croire à un début de phlébite, car la malade n'avait jamais présenté après son accouchement une température de plus de 37° 8.

Ces douleurs persistèrent encore quelque temps en s'accompagnant d'un peu de contracture douloureuse du couturier.

En juin, cette femme, complètement remise de ses couches, vaquait à ses occupations comme auparavant, mais son kyste avait sensiblement augmenté, après être resté stationnaire pendant près de six mois, si bien que son ventre avait de nouveau le volume qu'il présentait au moment de son accouchement.

A la fin de juillet, cette malade se fatigua un peu plus que de coutume et, brusquement, elle ressentit une douleur extrêmement vive dans le ventre et, de nouveau, la cuisse gauche devint sensible d'abord et très douloureuse ensuite dans la zone du crural. Même constatation qu'après son accouchement, du côté du couturier, c'est-à-dire contracture très légère, mais fort douloureuse.

Le lendemain et les jours suivants, les douleurs allèrent en augmentant ; la malade, malgré des doses notables d'opium, se tordait sur son lit. La température s'éleva jusqu'à 39° 7.

M. le professeur Laroyenne vit alors cette malade avec

M. Condamin, jugea l'état assez grave et crut devoir proposer à la malade une ovariectomie le plus tôt possible.

La malade fut opérée, le 1<sup>er</sup> août 1893, par M. Laroyenne et, M. Condamin. On trouva un kyste volumineux, adhérent à la paroi abdominale sur presque toute son étendue ; mais ces adhérences étaient fort lâches et il ne fut pas difficile de les détacher. Le kyste avait une teinte violacée et, dans certains points, il existait une coloration noirâtre qui faisait penser à des plaques de sphacèle. Le *pédicule du kyste était tordu* six à huit fois sur lui-même et d'une façon très serrée. Il existait, dans la cavité abdominale, une certaine quantité de liquide séro-hématique.

Les jours qui suivirent l'opération, la température oscilla entre 38° 3 et 38° 9. Il fut très difficile, malgré des purgatifs et des lavements d'obtenir, au troisième jour, une selle. D'autre part, l'état du cœur, caractérisé par des intermittences cardiaques plus ou moins nombreuses, suivant le moment qu'on l'examinait, ne cessait pas que d'inquiéter, d'autant plus que, fréquemment, la malade prenait un état nauséux avec faiblesse extrême du poulx.

Au douzième jour la température, qui était depuis quelques jours tombée, remonte à 39° 5 et l'on pouvait constater sur la fosse iliaque gauche, à peu près au niveau du pédicule du kyste enlevé, une tuméfaction du volume du poing. Au bout de quatre à cinq jours il se produisit une détente brusque sous l'influence d'un écoulement du pus au milieu des selles. La tuméfaction de la fosse iliaque droite avait en même temps diminué d'abord, puis disparut ensuite. A partir de ce moment, l'état de cette malade s'améliora tous les jours, et le 12 septembre 1893, elle pouvait retourner à Florence se sentant parfaitement remise et plus forte qu'avant son opération.

On fait porter à la malade une ceinture abdominale, car les parois du ventre sont fortement relâchées et flasques.

## Observations de Mangiagalli (1).

### OBSERVATION XII.

N. M..., de Milan, a eu cinq grossesses. Le dernier accouchement a eu lieu le 23 juin 1882, au septième mois. Lors de la dernière grossesse le ventre était fortement dilaté. Après l'accouchement apparut une inflammation du péritoine. Diagnostic : kyste de l'ovaire gauche avec *torsion du pédicule* survenue après l'accouchement. Ovariectomie le 29 août 1892. L'on trouve un liquide séro-sanguinolent dans le péritoine et un épanchement de sang dans l'intérieur du kyste. Le pédicule est tordu 2 fois 1/2. Guérison.

### OBSERVATION XIII.

Louise P..., de Milan, a été apportée presque mourante à l'hôpital, le 16 novembre 1890. Accouchée depuis onze jours. Après l'accouchement, le corps utérin ne s'était pas rétracté comme d'habitude.

Diagnostic probable: kyste de l'ovaire *rompu* pendant l'accouchement, ayant provoqué une péritonite. Ovariectomie le 16 novembre. Malgré son état très grave la femme guérit et quitte l'hôpital le 10 décembre 1890.

### OBSERVATION XIV

O... Guiseppe, vient à l'hôpital le 24 juin 1891 après avoir accouché peu de temps auparavant. Diagnostic: kyste de l'ovaire droit *suppuré avec torsion du pédicule*. Ovariectomie le 30 juin. En dehors de la suppuration et de la torsion du pédicule il y avait encore des adhérences très développées avec le péritoine et l'épiploon. Guérison 19 jours après.

---

(1) In *Berlin. Klin. Woch.*, 21 mai 1891.

#### OBSERVATION XV

B... Emilie, de Trenno, entre à l'hôpital le 17 octobre 1891. Elle a accouché il y a deux mois. Aussi bien avant qu'après la délivrance, l'abdomen a présenté un volume anormal. Diagnostic : tumeur de l'ovaire existant déjà pendant la grossesse. *Suppuration du kyste* pendant le *post-partum*. Péritonite et *torsion du pédicule*. Ovariectomie. Adhérences épiploïques. La torsion était triple. Le pédicule était mince et sur le point de se rompre. Toilette du péritoine. Drainage. Guérison.

#### OBSERVATION XVI

G..., Virginie, de Golasecca, entre le 28 février 1892. Pendant sa dernière grossesse, apparut une dyspnée violente qui nécessita une ponction du kyste au cours de laquelle on retira 15 litres d'un liquide huileux. Cela se passait le 29 janvier 1892. Pendant les suites de couches elle fut de nouveau ponctionnée. Diagnostic : kyste de l'ovaire droit *suppuré*. Ovariectomie le 2 mars. Adhérences pariétales. Le contenu du kyste est purulent. Lavage et drainage. Guérison. Elle sort le 31 mars.

#### OBSERVATION XVII

B..., Anna, entre le 26 février 1892. Après son dernier accouchement le 30 septembre 1891, l'abdomen est resté très gros. Douleurs vives dans l'abdomen et accès de fièvre. Diagnostic : kyste de l'ovaire qui s'est accru pendant le *post-partum*. Le 2 mars, ovariectomie. Fortes adhérences étendues. Douze litres d'un contenu *purulent*. La libération des adhérences donne beaucoup de mal, surtout les adhérences du kyste avec la paroi abdominale. Drainage et guérison. Elle sort le 23 mars 1892.

#### OBSERVATION XVIII

B..., Constance, entre le 7 juin 1893. Accouchement le 20 mars. Au quinzième jour de sa délivrance, apparurent des signes de

péritonite. Diagnostic : kyste de l'ovaire *suppuré* dans le *post-partum*. Le 7 juillet, ovariectomie. Adhérences très solides à la paroi abdominale et aux intestins. Contenu purulent et nauséabond. Libération difficile des adhérences qu'on ne peut faire qu'en disséquant l'intestin. Toilette du péritoine et sutures intestinales. Drainage. Guérison. Sort le 16 août 1893.

#### OBSERVATION XIX

B... Maria, entre le 24 août 1893. Dernier accouchement le 27 juin. Après cet accouchement, l'abdomen est resté volumineux et douloureux. Depuis quelques jours, il y a de la fièvre. Diagnostic : kyste de l'ovaire gauche *suppuré* pendant le *post partum* avec gangrène du kyste, causée par une *torsion du pédicule*.

Ovariectomie le 26 août 1893. Guérison.

#### OBSERVATION XX

B... Giuditta entre le 17 décembre 1893. Avortement au cinquième mois le 11 novembre. Aucun symptôme inquiétant, toujours pas de fièvre. Ovariectomie le 29 décembre. Le kyste renferme un liquide *sanguinolent*. Pas de drainage. Guérison. La malade sort le 4 février 1894.

### Autres observations

#### OBSERVATION XXI

(Résumée)

TERRILLON. — *Bulletin de Thérapeutique*, 1890.

OVARIOTOMIE TRENTE-CINQ JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT. —  
INFLAMMATION DU KYSTE ET PÉRITONITE. — GUÉRISON.

Jeune femme de 26 ans, accouche assez difficilement le 22 avril 1889.

Au moment de la délivrance, on reconnaît la présence d'un

kyste ovarique déjà volumineux. Les suites des couches furent mauvaises ; la fièvre se déclara bientôt, mais ce qui alarma le plus la famille et les médecins, ce fut l'accroissement rapide du kyste qui, en 25 jours, donnait lieu à une circonférence abdominale de 1 m. 50. La respiration était très pénible.

Au 26<sup>e</sup> jour après son accouchement, on constata tous ces symptômes et, de plus, une température variant de 38°2 à 39°5 le soir. L'abdomen, très tendu, était chaud et douloureux. Terrillon n'avait aucun doute sur l'inflammation des parois du kyste et celle du péritoine.

L'opération eut lieu le 26 mai 1889. Nombreuses adhérences péritonéales. Le kyste multiloculaire se rompt en plusieurs points, et le liquide s'épanche dans le péritoine. L'auteur fit un lavage et un nettoyage complets de toute la cavité abdominale. L'abdomen fut enfin fermé avec 30 sutures. Malgré ce traumatisme énorme et l'affaiblissement de la malade, il y eut une guérison complète.

## OBSERVATION XXII

(PINARD, in *Bulletin de l'Académie de Médecine.*)

KYSTE DE L'OVAIRE. — ACCOUCHEMENT NORMAL. — SEPTICÉMIE PUERPÉRALE. — KYSTE DE L'OVAIRE SUPPURÉ. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON (LE ROY DES BARRES).

Il s'agit d'une femme de 29 ans, accouchant pour la quatrième fois, le 31 juillet 1892, aussi facilement que lors de ses trois accouchements précédents et chez laquelle se montrèrent, pendant les suites de couches, une série successive d'accidents infectieux; dès le quatrième jour apparurent les symptômes d'une péritonite; quinze jours après, épanchement pleurétique se développant dans le côté droit de la poitrine; puis, enfin, apparition d'une *plegmatia alba dolens* qui envahit le membre inférieur gauche.

Si l'on joint à cela un degré d'émaciation extrême, contrastant d'une façon étrange avec le développement énorme du ventre, dont la circonférence, immédiatement au-dessous de l'ombilic, mesurait 1 m. 2, on pourra se faire une idée de l'état

de cette femme entrant dans le service du docteur Le Roy des Barres, le 30 septembre, c'est-à-dire deux mois après son accouchement.

Dès son entrée, ayant constaté que tous les signes propres aux collections liquides enkystées existaient chez cette femme, notre confrère porta le diagnostic de kyste de l'ovaire probablement *suppuré*.

Avant toute intervention, il institua une médication antiseptique et reconstituante, car l'urine de cette malade ne contenait que 5 gr. 44 d'urée par litre.

Mais, le 11 octobre, l'augmentation de volume du ventre avait fait de tels progrès et gênait tellement la respiration qu'on fut forcé de pratiquer une ponction palliative suivie de l'écoulement de 6 litres d'un liquide purulent à odeur putride.

Immédiatement après, rémission des accidents. Cette rémission ne fut que passagère ; aussi le docteur Le Roy des Barres se décide-t-il à intervenir le 20 novembre.

L'opération fut très longue et très pénible ; elle dura plus de deux heures en raison des adhérences nombreuses qu'avait contractées la poche kystique avec l'intestin et la cavité pelvienne.

Le kyste uniloculaire, qui contenait 4 litres de pus fétide, fut extrait en totalité. Pas de torsion du pédicule. Guérison.

### OBSERVATION XXIII

(Résumée)

(KÖHLER, *in* Th. Cocard.)

KYSTE DE L'OVAIRE. — ACCOUCHEMENT. — SUITES DE COUCHES SEPTIQUES. — LE KYSTE SE ROMPT QUATRE MOIS APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — LAPAROTOMIE. — GUÉRISON.

Il s'agit d'une femme de 29 ans qui, au quatrième mois de sa grossesse, avait failli avoir un avortement empêché par le repos au lit et les injections de morphine.

Accouchement à terme gémellaire. Les deux fœtus se présentaient par le sommet, ce qui nécessita l'application du forceps.

Pendant les suites de couches, pleuro-pneumonie. C'est alors qu'on commence à s'apercevoir de la présence d'un kyste

qui, au bout de quatre mois, atteignait le diaphragme et se rompit quelques jours après cette date.

La laparotomie montra un kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire, qui fut enlevé et la malade guérit.

On pourra peut-être nous objecter que, dans les vingt-trois observations précédentes, l'intervention présenta bien des complications, mais qu'en définitive elle fut toujours suivie de succès.

Fréquemment il n'en est pas ainsi et les observations suivantes montrent que les malades ayant gardé la tumeur pendant tous le cours de leur grossesse, payent souvent de leur vie le retard que l'on a mis à intervenir.

#### OBSERVATION XXIV

(VEIT, in *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1883.)

OVARIOTOMIE LE QUATRIÈME JOUR DES COUCHES. — TORSION DU PÉDICULE. — MORT.

M. Veit présente un kyste de l'ovaire enlevé quatre jours après l'accouchement. Pendant la grossesse, il avait vu la malade pour une rétroflexion de l'utérus gravide, sans pouvoir alors constater de tumeur.

Après l'accouchement, il constata un kyste de l'ovaire dont l'accroissement avait eu lieu très rapidement. De plus, une torsion du pédicule s'étant produite, il dut opérer la malade. Malgré la rapidité et la simplicité de cette intervention, la malade mourut douze heures après.

#### OBSERVATION XXV

Lawson-Tait pratique une ovariectomie quatre jours après l'accouchement. La malade mourut.

(Cas cité par Le Roy des Barres in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1893.)

OBSERVATION XXVI

MANGIAGALLI.

OVARIOTOMIE AU 17<sup>e</sup> JOUR APRÈS L'ACCOUCHEMENT POUR UN  
Kyste suppuré. — MORT.

B... Caroline, de Gallarate, entre, le 12 avril 1889, dans les premiers mois de sa grossesse. Elle présente un kyste de l'ovaire ponctionné déjà trois fois. Elle refuse l'ovariotomie et s'en va.

Elle revient le 29 juin au 17<sup>e</sup> jour après son accouchement. A son domicile, un médecin avait ponctionné le kyste pour la quatrième fois à la suite de quoi l'accouchement s'était produit. La malade présente un poulx filiforme avec une température très élevée. Diagnostic : kyste de l'ovaire suppuré. Ovariectomie. On trouve de nombreuses adhérences intestinales et un contenu *purulent* dans le kyste. Le 8 juillet, trois jours après l'intervention, elle meurt.

OBSERVATION XXVII

MANGIAGALLI.

V... Edwige, de Nova, entre le 7 mai 1891. Il y a deux mois, elle a accouché et, depuis, a toujours présenté des accès de fièvre. Diagnostic : kyste de l'ovaire *suppuré*. Le 9 mai, on fait l'ovariotomie. Six jours après survient une péritonite septique. L'abdomen est ouvert de nouveau et le péritoine nettoyé. Elle meurt trois jours après.

OBSERVATION XXVIII

(Résumée.)

JEANNEL, *in* Th. Brossard.

Kyste suppuré de l'ovaire. — Ovariectomie post-partum.  
MORT.

Mélanie F... 48 ans, salle Saint-Vincent, n<sup>o</sup> 15. Entrée dans le service le 15 février 1894.

Premières règles à 17 ans. Depuis, la menstruation a toujours été irrégulière et douloureuse.

Sept grossesses, la septième a eu lieu au mois de janvier 1893.

Avant le début de cette dernière grossesse s'étaient manifestés des symptômes de tumeur abdominale : augmentation de volume du ventre ; douleur et pesanteur sous-ombilicale ; troubles digestifs légers. La grossesse survenue à la suite a été pénible. La malade pouvait à peine respirer.

L'accouchement, qui put se faire, mais non sans peine, procura un grand soulagement. Depuis l'accouchement, la tumeur s'est accrue. Trois semaines après, accès de fièvre, douleur très vive, vomissements. Le kyste, selon toute probabilité, était devenu *purulent*.

Laparotomie. Nombreuses adhérences de la paroi du kyste au péritoine. Le kyste renferme un contenu purulent. Ligature du pédicule. Toilette du péritoine. Drainage à la gaze iodoformée. Suture de la paroi à trois plans. Le troisième jour après l'intervention, la malade meurt.

#### OBSERVATION XXIX

(Résumée)

Par CAUCHOIS.

KYSTE UNILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT, COMPLIQUÉ DE GROSSESSE. — 14 PONCTIONS EN DIX MOIS. — ACCOUCHEMENT AU COMMENCEMENT DU NEUVIÈME MOIS. — ENFANT VIVANT. — PHLEGMATIA DOUBLE. — SUPPURATION DU KYSTE. — OVARIOTOMIE 53 JOURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — MORT LE HUITIÈME JOUR.

Mme H..., 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen, pour y être opérée d'une tumeur du ventre.

Le ventre de la malade a commencé à grossir dès le milieu de l'année 1883.

A la fin de mai 1884, ses règles s'arrêtèrent et elle commença alors une grossesse. Comme elle refusait l'ovariotomie, l'on pratiqua une ponction qui dut être répétée onze fois avant l'accouchement ; les dernières ponctions donnèrent issue à un liquide purulent.

Le 5 février, elle accouche d'une fille ayant le développement d'un enfant au commencement du neuvième mois.

Les suites de couches furent déplôrables : elle présenta une *phlegmatia alba dolens double*. Comme le kyste augmentait de volume, l'on dût pratiquer encore trois ponctions. Ces ponctions ne faisant qu'affaiblir la malade, l'on se décide à pratiquer l'ovariotomie le 29 mars. Le kyste présente des adhérences à la paroi abdominale ; il renferme un contenu *purulent*. La malade meurt le 5 avril, huit jours après l'opération.

(*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1885.)

Si nous faisons le bilan de ces diverses ovariotomies « *post partum* », nous trouvons que les 11 cas de Mangiagalli se décomposent ainsi :

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Torsion du pédicule avec péritonite..... | 2  |
| Torsion du pédicule avec suppuration...  | 2  |
| Suppuration du kyste.....                | 5  |
| Rupture du kyste.....                    | 1  |
| Hémorragie intra-kystique.....           | 1  |
| Total.....                               | 11 |

En remarquant que, dans deux cas seulement, la ponction avait été faite avant l'accouchement, l'on trouve que, dans cinq cas, la suppuration est due à la seule influence de l'accouchement et du *post-partum*.

Lawrence pratique dix ovariotomies pendant les suites de couches et trouve neuf fois le pédicule tordu.

Si l'on songe que Terrillon a démontré que la torsion du pédicule dans le cas de kyste non compliqué de grossesse se produisait dans 6 p. 100 des cas seulement, l'on voit alors combien l'état gravide prédispose à cet accident.

En résumé, après une grossesse pénible, un

accouchement difficile qui ont considérablement affaibli les forces de la malade, cette dernière se trouve menacée plus que jamais d'accidents du côté de son kyste, dont les plus fréquents sont la *torsion du pédicule et la suppuration*. Ils surviennent de la façon la plus imprévue, à une époque souvent très rapprochée de la délivrance et forcent le chirurgien à pratiquer « une ovariectomie de nécessité » plus difficile et infiniment plus grave que l'ovariectomie pratiquée avant la venue de pareilles complications.

---

## CHAPITRE III

---

### **De l'ovariotomie pendant la grossesse. — Bénégnité de cette intervention. — Observations à l'appui.**

Les premières ovariectomies pratiquées pendant le cours de la grossesse furent le résultat d'une erreur de diagnostic : l'état gravide de la malade n'avait pas été soupçonné.

C'est dans ces conditions qu'ont opéré Burd en 1846, et Atlee en 1856 ; la malade de Burd avorta deux jours après l'intervention, celle d'Atlee mourut un mois après l'opération, emportée par des vomissements incoercibles.

Marion Sims fut le premier dont l'ovariotomie ait été couronnée de succès ; mais comme ses prédécesseurs, il n'avait pas reconnu la grossesse de sa malade.

En 1856, Spencer Wells, après diagnostic exact, opère sa malade avec résultat heureux.

Toutefois, sa ligne de conduite ne fut pas suivie

par tous les auteurs. Stolz, dans la thèse de Doumairon (1), se montre l'adversaire de l'ovariotomie. Rémy, en 1886, ne s'en montre partisan que dans certaines conditions. « Quand le kyste est multiloculaire, que la ponction ne réussit pas, l'ovariotomie est indiquée, surtout dans les cinq premiers mois ».

Depuis cette époque, les chirurgiens, encouragés par les nombreux succès qu'elle a donnés, la pratiquent plus volontiers ; l'opinion actuellement courante semble être la suivante : dans le cas de kyste de l'ovaire compliqué de grossesse, l'on peut avoir recours à l'ovariotomie pendant les six premiers mois ; dans le dernier trimestre de la gestation, il faut la rejeter pour recourir aux traitements palliatifs.

Remarquons tout d'abord que le succès croissant de cette intervention s'explique très bien quand on réfléchit aux nombreux avantages que l'on retire de son emploi.

Grâce à elle on évite les nombreux dangers que la femme court pendant la grossesse.

Au moment du travail l'on évite une cause de dystocie et l'on épargne à la malade un surcroît de douleur.

Ce n'est pas une opération aveugle, aussi l'on ne risque point de blesser les viscères ou l'utérus, comme cela s'est produit trop souvent avec la ponction.

---

(1) DOUMAIROU. — Th. de Strasbourg, 1868.

Méthode générale, elle s'applique aussi bien aux kystes multiloculaires qu'aux kystes à une seule loge, aux kystes intra-abdominaux comme aux kystes intra-pelviens.

Enfin, c'est une opération radicale laissant les suites de couches se passer normalement.

Un nombre considérable d'ovariotomies pendant la grossesse ont été déjà pratiquées ; la plupart d'entre elles ont été faites avant la période antiseptique.

Il importe de faire remarquer que la méthode pasteurienne a considérablement amélioré le pronostic de cette intervention et, à l'heure actuelle, ce n'est pas trop s'avancer en disant que l'ovariotomie pendant la grossesse n'est guère plus grave qu'une ovariotomie faite dans les conditions ordinaires.

Nous n'avons point l'intention de rapporter toutes les observations publiées à ce sujet. Nous nous contenterons de rapporter d'abord deux cas empruntés à la pratique de nos maîtres, M. le professeur Laroyenne et M. le professeur agrégé Condamin.

Nous essaierons de faire le parallèle entre ces ovariotomies pratiquées en pleine gravidité et l'ovariotomie *post-partum* pratiquée par les mêmes chirurgiens sur une femme ayant accouché deux mois avant son opération. En nous reportant à l'observation XI où nous avons publié ce cas d'ovariotomie faite pendant les suites de couches, que voyons-nous ? Une femme qui, pendant sa grossesse, a présenté des accès de dyspnée. L'accouchement, s'il s'est passé d'une façon heureuse, n'a pas été sans préoccuper, à plusieurs reprises, l'accoucheur.

D'abord, la crainte de voir le kyste se rompre pendant les douleurs expulsives mit M. Condamin dans l'obligation d'appliquer le forceps, dès que la malade eut présenté une dilatation complète du col.

D'autre part, après l'accouchement, la malade présenta une tendance aux syncopes et aux lypothimies.

L'on put redouter une hémorragie interne dont on avait de là peine à se rendre compte, puisque le kyste de l'ovaire, très volumineux, placé en avant de l'utérus, ne permettait pas d'apprécier le volume de ce dernier. Il n'y avait pas de pertes externes, mais le kyste pouvait bien, en appuyant de tout son poids sur le segment inférieur de l'utérus, empêcher un écoulement sanguin à l'extérieur.

Voilà pour l'accouchement, mais, un mois après, survenaient d'autres complications du côté du kyste. Celui-ci, se trouvant très libre dans une cavité abdominale distendue par une grossesse, ne tarda pas, comme le démontra l'observation, à présenter une *torsion de son pédicule* avec toutes les complications y attenantes. Il fallut intervenir chez une femme que cette dernière complication avait affaiblie et qui, ce qui est plus grave, présentait une température qui oscillait entre 38° et 39°. Le kyste était adhérent sur divers points, mais l'intervention ayant suivi de près les accidents de torsion du pédicule, il ne fut pas très difficile de couper ces adhérences. Les jours qui suivirent l'intervention, il y eut encore divers accidents. Bref, ce ne fut pas sans encombre

que cette malade arriva à une guérison complète (Condamin).

Voilà pour l'ovariotomie *post partum*. Voyons, maintenant, si nos maîtres ont rencontré les mêmes dangers et les mêmes difficultés opératoires dans les cas d'ovariotomies pendant la grossesse qu'ils ont eu l'occasion de pratiquer.

### OBSERVATION XXX

par M. CONDAMIN

#### KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE. — OVARIOTOMIE AU CINQUIÈME MOIS DE LA GROSSESSE

J. B..., 33 ans, demeurant à Voiteur (Jura). N'a jamais eu une excellente santé. Très souvent affectée de bronchite. Réglée à partir de 15 ans, très régulièrement.

A eu trois grossesses normales. Dernier accouchement il y a 6 ans. Après sa première couche elle a dû garder le lit pendant six mois pour des accidents de pelvi-péritonite. A la dernière couche elle eut des accidents semblables, mais plus légers et de moindre durée.

Depuis trois ans, son ventre augmente de volume et elle se plaint de malaises multiples consistant soit en engourdissements des membres inférieurs, soit en gêne de la miction, soit enfin en douleurs abdominales ou lombaires.

Depuis cinq mois elle n'a pas eu ses règles et présente des troubles digestifs en rapport avec l'évolution d'une grossesse. Depuis trois mois son abdomen a pris un accroissement rapide ; elle se fatigue beaucoup plus vite et présente parfois des accidents de dyspnée.

Actuellement, on constate dans l'abdomen une grosse masse arrondie, rénitente, remontant à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic. Par le toucher vaginal on sent un col ramolli ; au-dessus un évasement du corps utérin et enfin on perçoit très nettement le ballotement fœtal.

En raison des accès de dyspnée, M. le professeur Laroyenne propose l'ovariotomie qui est acceptée.

9 août 1893.— Opération par M. Condamin. Ovariectomie sans incident. Le pédicule est assez mince et long. Il existe cependant deux ou trois adhérences épiploïques qui sont sectionnées entre deux ligatures.

Le kyste avait pour point de départ l'ovaire droit. Il renferme un liquide verdâtre, foncé, très visqueux.

Après l'ablation du kyste, on constate un utérus remontant à l'ombilic et présentant à sa surface péritonéale une coloration violacée extrêmement intense.

Les parois abdominales sont réunies sur la ligne médiane avec le plus grand soin ; trois étages de sutures. Celui qui intéresse l'aponévrose consiste en deux surjets, l'un descendant, l'autre ascendant, ce qui donne une réunion beaucoup plus intime par suite du croisement des fils.

Les suites opératoires furent des plus simples. Pas de température. A aucun moment il n'y eut menace d'avortement. Au quinzième jour la malade rentrait chez elle en parfait état.

#### OBSERVATION XXXI ( inédite )

Par M. CONDAMIN.

KYSTE DU LIGAMENT LARGE GAUCHE. — GROSSESSE DE TROIS MOIS.  
— DÉCORTICATION DU KYSTE. — GUÉRISON ET CONTINUATION  
DE LA GROSSESSE.

Françoise M. . . , 35 ans, entre dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 16 décembre 1898.

Mariée à l'âge de 17 ans, a eu son premier enfant dix mois après, en 1880. Elle eut alors de l'infection péritonéale, ce qui l'obligea à garder le lit pendant deux mois,

En 1882, elle eut une deuxième grossesse qui se termina par un avortement à 4 mois 1/2. Elle se remit facilement de cette fausse couche, mais présenta dans la suite des crises de coliques hépatiques.

Ces coliques ont reparu à différentes reprises pendant un an ; puis il y a eu une interruption des crises pendant une dizaine d'années, période pendant laquelle la malade a eu trois nou-

velles grossesses normales, dont la dernière a eu lieu en 1893.

*Histoire de la maladie.* — C'est en pleine santé, il y a 11 mois, que la malade fut prise de phénomènes douloureux dans l'abdomen. Elle vint à la clinique de M. le professeur Laroyenne où l'on constata l'existence d'une tumeur abdominale. L'intervention ne fut pas acceptée par la malade. Elle continua son travail et se porta relativement bien jusqu'au mois de septembre 1898. A cette époque, elle commença une grossesse. Ses dernières règles eurent lieu le 18 août. La malade se présente de nouveau à la clinique le 15 décembre.

*Examen de la malade.* — Bon état général. Elle présente un peu d'oppression exagérée par la marche.

A l'examen de l'abdomen, le flanc latéral gauche est plus développé que le droit.

La palpation permet de reconnaître une tumeur arrondie, presque fluctuante. Cette tumeur, manifestement liquide, remonte jusqu'à l'ombilic et peut être comparée à une grosse tête d'enfant. Elle adhère un peu, à droite de la ligne médiane, à une seconde masse qui est le fond de l'utérus développé et ayant le volume d'une grossesse de trois mois. Ces deux masses sont séparées par un sillon très appréciable. En combinant le palper et le toucher, on sent que la première masse ne transmet pas au col utérin. La seconde masse transmet parfaitement au col qui est ramolli sur une étendue de 1 cent. 1/2.

L'auscultation des bruits du cœur n'est pas positive, la grossesse étant trop peu avancée. Il existe, d'ailleurs, un certain nombre de signes de grossesse : coloration ardoisée de la muqueuse vaginale, pigmentation de la ligne blanche, gonflement des seins, vomissements à jeun.

L'on pose le diagnostic de kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large gauche, coïncidant avec une grossesse.

L'inclusion dans le ligament large a été soupçonnée grâce à l'adhérence intime des deux tumeurs qui n'étaient séparées que par un sillon peu profond. De plus, la mobilisation latérale, par l'abdomen, de la tumeur kystique, amenait la mobilité identique du corps utérin.

*Intervention.* — Le mardi, 20 décembre, M. Condamin opère la malade. On tombe sur un kyste ayant dédoublé le ligament

large gauche et s'étendant depuis la corne utérine gauche jusqu'à la fosse iliaque correspondante. On ponctionne le kyste, et l'on pratique la décortication assez facilement. L'on fait une ligature en deux anses qui prend tous les tissus décollés, et l'on pratique la péritonisation du pédicule que l'on abandonne dans l'abdomen. Pas de Mickuliez. Enfin suture à trois plans de la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été très simples. Le lendemain de l'opération, la malade urinait seule. A aucun moment, elle n'a présenté de température. Le 18 janvier elle quittait la clinique sans que sa grossesse ait paru souffrir de l'intervention.

#### OBSERVATION XXXII ( inédite )

Due à l'obligeance de M. le Dr COMMANDEUR.

KYSTE DE L'OVAIRE ET GROSSESSE. — OVARIOTOMIE. — ACCOUCHEMENT D'UN ENFANT MACÉRÉ CINQ MOIS APRÈS L'INTERVENTION

Mme M..., 35 ans, toujours bien réglée; a eu sept enfants qui sont tous morts.

Le 26 janvier 1897, elle consulte M. le Dr Commandeur, chef de clinique obstétricale, qui diagnostique un kyste ovarique gauche dont le début remonterait environ à quatre ans. Il conseille l'intervention; la malade refusa de se faire opérer.

Le 17 mai 1897, M. Commandeur revoit sa malade et reconnaît l'existence d'une grossesse. De nouveau, il lui conseille l'ovariotomie, en lui représentant tous les dangers résultant de la coexistence de son kyste et de sa grossesse. Elle se décide alors à entrer à la Charité où elle fut ovariétomisée par M. le professeur Fochier, dans les premiers jours de juin. L'opération fut très simple et n'interrompt nullement le cours de la grossesse.

Revue le 1<sup>er</sup> septembre 1897, la malade présente alors une O. I. G. T. ; les bruits du cœur fœtal se font nettement entendre et l'on perçoit parfaitement les mouvements de l'enfant.

Le 3 novembre, elle accuse de vives douleurs; depuis deux jours, les mouvements de l'enfant ont disparu et l'auscultation

du cœur du fœtus est négative. Le 7 novembre, commencement du travail qui se fit lentement et difficilement. M. Commandeur rompt la poche des eaux ; l'enfant est expulsé immédiatement après. C'est un enfant macéré, dont plusieurs lambeaux épidermiques manquent ; le cordon est infiltré.

L'enfant pèse 2,650 gr., le placenta 640 gr.

Le poids relativement faible de l'enfant et le poids relativement élevé du placenta permettent de supposer qu'on se trouve probablement en présence d'une infection syphilitique ayant déterminé la mort de l'enfant et un accouchement un peu prématuré.

Les suites de couches furent normales et, à l'heure actuelle, l'état général de la malade est excellent.

Chez toutes ces malades, l'intervention se passe d'une façon idéale.

L'on opère dans des conditions beaucoup plus favorables qu'après l'accouchement ; les forces de la malade ne sont pas épuisées ; une complication n'a pas eu le temps de se produire ; c'est une intervention à froid avec ses nombreux avantages.

Les chirurgiens qui ont eu l'occasion, comme M. Laroyenne et M. Condamin, de pratiquer des ovariectomies avant et après l'accouchement, ont bien remarqué, eux aussi, que l'intervention pendant les suites de couches était généralement beaucoup plus grave que pendant la grossesse.

*Mangiagalli*, dans le cours de la grossesse, a pratiqué cinq ovariectomies avec quatre guérisons dans lesquelles il n'y a pas eu une seule fois interruption de la grossesse par suite de l'opération. L'issue fatale du cinquième cas devait être rapportée à la suppuration du kyste et, par suite, à la péritonite, phénomène indépendant de l'opération.

Nous avons vu que le même auteur a pratiqué onze ovariectomies *post partum*, qui ont toutes présenté des complications.

*Jeannel*, de Toulouse, enlève deux kystes de l'ovaire pendant la grossesse, les deux malades guérissent sans avorter.

Il opère une malade un mois après la délivrance, la malade meurt.

*Terrillon* pratique une ovariectomie pour un kyste de l'ovaire gauche compliqué d'une grossesse de cinq mois : la malade guérit et accouche à terme.

Il extirpe un kyste trente-cinq jours après l'accouchement et se heurte aux plus sérieuses complications.

Ce qui fait le plus reculer les chirurgiens devant l'intervention pendant la grossesse, c'est la crainte d'un avortement possible.

Dans quelles mesures l'intervention entrave-t-elle la grossesse?

Il nous semble que l'on a considérablement exagéré la fréquence de l'avortement et la susceptibilité de la femme enceinte.

Remarquons, en effet, que le cas de M. Condamin était particulièrement compliqué. Il est difficile de réaliser un traumatisme plus étendu et plus près de l'utérus que la décortication d'un kyste inclus entre les deux feuillets du ligament large et, pourtant, la malade a parfaitement guéri et il n'en est rien résulté de fâcheux au point de vue du développement du fœtus.

Quand l'avortement se produit, il faut, ainsi que le

fait observer M. le professeur Laroyenne, distinguer deux cas. Dans un premier cas, l'avortement se produit d'une façon tardive, plusieurs jours après l'intervention. C'est cet avortement tardif qui est le plus fréquent après l'ovariotomie. Il n'est pas dû à l'intervention elle-même, mais aux suites opératoires, quand un commencement d'infection se produit. Ce qui prouve bien ce rôle de l'infection, c'est l'élévation de température que l'on constate alors. C'est un fait signalé, il y a déjà plusieurs années, par M. Laroyenne, à savoir qu'après une ovariectomie faite pendant la grossesse, si la température ne s'élève pas, l'avortement ne se produit pas. Dans trois cas d'avortement observés par notre maître après l'ovariotomie, il y eut des températures de 40°4, 40°5, 40°6.

L'infection provoque la fièvre. L'excès de température due à la fièvre tue le fœtus et l'avortement s'en suit.

Dans le deuxième cas, l'avortement est immédiat et se produit le soir même de l'intervention ou le lendemain. Il est dû alors au shock opératoire et ne s'accompagne pas d'une haute température, comme dans le cas précédent. Le kyste présentait de nombreuses adhérences avec l'utérus, la rupture de ces adhérences excite le muscle utérin qui se contracte alors. Ces cas compliqués sont précisément ceux qui auraient empêché la grossesse d'évoluer normalement. Les adhérences auraient empêché la libre extension de l'utérus et provoqué ainsi le commen-

cement du travail. Cela est si vrai que Martin (1) fit une ovariectomie en vue d'éviter un avortement menaçant. Il s'agissait d'un kyste dermoïde gros comme les deux poings. La femme était arrivée au troisième mois de sa grossesse. Le kyste était au-dessus de l'utérus et l'empêchait de monter dans l'abdomen ; il y eut des symptômes d'avortement et c'est pour cette raison que Martin procéda à l'extirpation du kyste ; la femme alla jusqu'à terme normal.

Puisque l'ovariectomie pendant la grossesse n'expose pas aux sérieuses complications de l'ovariectomie *post-partum*, nous nous croyons en droit de dire, avec M. le professeur agrégé Condamin, qu'elle doit être l'unique traitement des kystes de l'ovaire pendant toute la grossesse, même dans le dernier mois.

Nous irons même plus loin. Pendant la gestation, il est souvent fort difficile de reconnaître un kyste de l'ovaire.

Le conseil de M. Delagenière (2) proposant dans le cas d'hésitation une laparotomie exploratrice, nous paraît être très sage. « Nous ne sommes pas pour l'expectative, d'autant que, si l'opération est simplement exploratrice, le sort de la malade et celui de son enfant ne seront aucunement modifiés. Dans aucun cas, l'état de grossesse ne doit modifier les indications opératoires. La grossesse n'est, en

---

(1) MARTIN. — *Berlin. klin. Wochens.*, 1878, p. 224.

(2) DELAGENIÈRE. — *Archiv. prov. de chirurgie*, nov. 1894.

somme, qu'une complication qui rend l'opération nécessaire et quelquefois urgente ».

Pippinskjold, de Helsingfors, a pratiqué une ovariectomie au 9<sup>e</sup> mois. La mère guérit parfaitement. Quant au fœtus, il fut expulsé quelque temps après l'opération : il avait succombé à des hémorragies du placenta antérieures à l'ovariectomie.

Thomas Morse (1), en Angleterre, enlève un kyste dermoïde de l'ovaire au 9<sup>e</sup> mois d'une grossesse. La guérison eut lieu et la femme accoucha à terme vingt-cinq jours après l'opération.

Polaillon, en France, a présenté à l'Académie de Médecine une femme enceinte de trois mois et demi, chez laquelle il avait pratiqué une ovariectomie double. La grossesse ne fut pas interrompue.

Au moment de l'accouchement, si la ponction et des tractions modérées du forceps sont impuissantes à provoquer la descente de la tête fœtale, nous conseillons encore d'avoir recours à l'ovariectomie plutôt que de s'exposer à la rupture du kyste par suite de tractions intempestives.

J. Williams (2), en Amérique, a pratiqué avec succès l'ovariectomie pendant le travail.

Spencer (3), l'année dernière, a également extirpé au moment du travail un kyste dermoïde chez une femme de 20 ans.

Une tumeur volumineuse occupait le Douglas;

---

(1) Pozzi. — Gynécologie.

(2) SPENCER. — *British Medical J.*, 15 janvier 1898.

(3) Thomas MORSE. — *Semaine gynécol.*, 14 juillet 1896.

Spencer fit la laparotomie pour extraire le kyste et l'accouchement fut terminé au forceps. A ce propos, le même chirurgien recommande de rejeter l'ovariectomie vaginale, alors même que la tumeur est petite et bombe dans le cul-de-sac postérieur, car, dit-il, il est à craindre que le fœtus ne soit expulsé avant qu'on ait eu le temps de suturer l'incision vaginale, ce qui peut donner lieu à des déchirures étendues. D'autre part, une plaie vaginale expose à l'infection.

Si l'accouchement a pu se terminer sans ovariotomie, ou bien si le kyste n'est reconnu qu'après la délivrance, il ne faut pas tarder à intervenir à cause de la torsion du pédicule. Il est nécessaire d'obliger la malade au repos le plus absolu au lit; avec une épaisse couche de ouate, l'on formera un bandage compressif de l'abdomen jusqu'au moment de l'intervention qui ne doit pas être différée plus d'un mois après l'accouchement. Que si, malgré ces précautions, il survient un accident du côté du kyste, il ne faut pas hésiter à opérer immédiatement. Une prompt intervention peut sauver la malade ainsi qu'en témoignent quelques-unes des observations que nous avons rapportées au chapitre II.

L'ovariotomie étant décidée malgré la grossesse, il importe de tenir compte de certains détails opératoires dont la stricte application assure souvent le succès de l'intervention.

Plus encore que dans une ovariotomie ordinaire, il faut observer une aseptie rigoureuse, l'infection étant le grand facteur de l'avortement post-opéra-

toire. On aura donc soin de désinfecter rigoureusement le vagin et le champ opératoire.

Cocard(1), élève de Pinard, recommande de ne pas employer le plan incliné. Il raconte que son maître opérait un jour une malade porteur d'un kyste et enceinte de deux mois. La femme avait été placée sur le plan incliné, le siège beaucoup plus élevé que la tête. Après l'incision, les intestins se placèrent dans la cavité du diaphragme et permirent de voir facilement la tumeur; mais l'utérus, en vertu des lois de la pesanteur, abandonna le bassin et fit hernie entre les lèvres de l'incision: la femme avorta. Ce cas, dit-il, « prouve l'importance qu'il y a à ne pas changer, même pour un instant, les rapports normaux de l'utérus gravide et à ne pas exposer à l'air cet organe contractile. » Lorsqu'on dispose d'une table de Trendelenbourg, il faut donc la placer horizontalement.

M. le professeur Laroyenne donne le conseil de faire partir l'incision d'autant plus loin du pubis que la grossesse est plus avancée. En agissant autrement, une partie de l'incision, par suite du volume énorme de l'utérus, se trouve forcément perdue et l'on est obligé de prolonger l'incision vers sa partie supérieure. Une incision élevée permet d'ailleurs d'arriver directement sur le kyste, de plonger plus facilement dans le cul-de-sac recto-utérin et de l'étancher avec moins de peine dans le cas où du

---

(1) COCARD. — *Loc. cit.*

sang résultant de la rupture d'adhérences s'y accumulerait.

Après avoir pratiqué une incision élevée et de petite dimension, il faut préciser son diagnostic. En effet, il est souvent difficile de distinguer la tumeur kystique de la tumeur utérine. Dans le cas de doute, il est bon d'ausculter l'utérus sans toutefois le comprimer. Si l'on a bien affaire à l'utérus, l'on percevra les bruits de souffle de la grossesse.

L'on ponctionne le kyste et l'on procède à son extraction. C'est alors qu'il est nécessaire d'imprimer le minimum de traumatisme à l'utérus, surtout au moment de la rupture des adhérences. L'on évite ainsi plus sûrement les risques d'un avortement possible.

Quand on a placé une forte ligature sur le pédicule du kyste et que l'on a extirpé la tumeur, il est bon d'avoir recours à la méthode que nous avons vu constamment employer à M. Laroyenne et appelée par lui *péritonisation des pédicules intra-abdominaux*. Elle consiste à recouvrir la surface cruentée du pédicule par une collerette de séreuse péritonéale. L'on évite ainsi la production d'adhérences intestinales pouvant produire une occlusion de l'intestin.

Pour montrer combien il est nécessaire d'éviter la production d'adhérences intestinales, au moyen d'une aseptic parfaite et de la péritonisation du pédicule, nous croyons intéressant de rapporter une observation d'occlusion intestinale consécutive à

une ovariectomie pratiquée pendant la grossesse, par M. le Dr Rendu.

OBSERVATION XXXIII ( inédite )

KYSTE DE L'OVAIRE — OVARIOTOMIE A LA FIN DU DEUXIÈME MOIS — ACCOUCHEMENT A TERME — APRÈS LA DÉLIVRANCE, OCCLUSION INTESTINALE PAR BRIDE FIBREUSE — LAPAROTOMIE PAR M. LE PROFESSEUR FOCHIER — MORT DE LA MALADE 3 HEURES APRÈS L'INTERVENTION.

Emilie L..., 35 ans, couturière, entre à la clinique de M. le professeur Fochier le 22 janvier 1894.

Réglée à 13 ans, à peu près régulièrement, elle a deux grossesses normales. l'une à vingt ans, l'autre à vingt-sept ans.

Vers l'âge de 29 ans, elle s'aperçut de la présence, dans la fosse iliaque droite, d'une petite tumeur pour laquelle elle consulta M. le Dr Rendu qui porta le diagnostic de kyste de l'ovaire droit. Elle ne se fit pas opérer et présenta deux nouvelles grossesses la première à 29 ans, la seconde à 33 ans. Cette dernière fut plus pénible que les autres ; toutefois, l'accouchement eut lieu sans dystocie.

A la fin du mois d'avril 1893, elle commença une cinquième grossesse. Le kyste, du volume d'une tête d'enfant, déterminant des douleurs lombaires, une forte dyspnée et de l'œdème dans les membres inférieurs, la malade accepta l'intervention. Elle fut opérée, par le Dr. Rendu, le 29 juin 1893 ; l'ovariectomie eut lieu à la fin du deuxième mois de la gestation. La grossesse suivit normalement son cours.

Quelques jours après son entrée à la Charité, le 6 février au matin, elle fut prise de douleurs vives dans le flanc droit. Vomissements bilieux qui continuèrent le 7 et le 8 février. Le 9 février, dans la matinée, début des douleurs expultrices. Le travail fut régulier et la malade accoucha facilement d'un enfant vivant du sexe masculin. La délivrance se fit spontanément.

Le soir même de son accouchement, elle fut prise de vomissements. Le lendemain ces vomissements étaient franchement fécaloïdes. Le 11 février il devinrent plus fréquents. Depuis son accouchement la malade n'a eu aucune selle.

C'est alors que M. le professeur Fochier se décide, en présence de cette occlusion intestinale, à opérer la malade le 12 février à 11 heures du matin. Laparotomie : incision médiane de la paroi abdominale. A droite de l'incision, l'on trouve des anses intestinales adhérentes. On détache ces adhérences et l'on explore l'intestin. Dans le voisinage du cœcum, l'on trouve un rétrécissement intestinal déterminé par une bride. Cette bride s'étendait du pédicule de l'*ancien kyste à la paroi abdominale antérieure*. Elle passait en écharpe sur l'intestin grêle, non loin de l'abouchement de ce dernier dans la valvule de Bauhin. A ce niveau, la séreuse de l'intestin est fendue transversalement et la muqueuse fait hernie par la plaie. On résèque le tractus fibreux et l'on fait une suture séro-séreuse de la plaie intestinale. L'abdomen est enfin refermé.

La malade ne se réveille que deux heures après son opération ; son état général s'aggrave et, à 3 heures du soir, elle meurt.

La congestion qui se produit dans tout le territoire utéro-ovarien, pendant la période de développement du fœtus, doit engager le chirurgien à pratiquer une hémostase parfaite, s'il veut éviter une hémorragie secondaire.]

En outre, si l'on veut faire un lavage du péritoine, il faut bannir l'eau très chaude. Elle ne doit pas dépasser 38°, au-dessus de cette température l'on s'exposerait à des contractions utérines.

A moins de nécessité absolue, pas de tamponnement à la Mickulicz.

Au moment de fermer l'abdomen, les sutures doivent être faites avec le plus grand soin. L'utérus, appelé à se développer, distendra la paroi abdominale et l'on s'exposerait à voir une éventration se produire, dans le cas où l'on n'aurait pas donné assez d'attention aux points de suture.

Quelques heures après l'opération l'on administrera à la malade une potion avec 0 gr. 40 centigr. d'extrait thébaïque ou bien un lavement laudanisé. Les jours suivants, si la température a tendance à monter, il est bon de prescrire de la quinine.

Quand la malade est en état de se lever, il faut lui recommander le port continuuel d'une ceinture euto-cique qui soutiendra l'abdomen et empêchera la paroi de céder.

Deux mots résument les particularités de cette intervention : mettre tout en œuvre pour éviter l'expulsion du fœtus et la possibilité d'une éventration.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Nous pouvons reprocher aux traitements palliatifs proposés contre les kystes de l'ovaire compliqués de grossesse :

a) D'être souvent inefficaces.

b) D'un emploi dangereux.

c) D'obliger le chirurgien à pratiquer quand même une ovariectomie *post-partum*.

II. — L'ovariectomie pendant les suites de couches est une opération très grave. En effet, après l'accouchement, le kyste est sujet à un certain nombre d'accidents dont le plus fréquent est la *torsion du pédicule*. Ces accidents, se produisant d'une façon inattendue, obligent le chirurgien à recourir à une intervention de nécessité chez un sujet trop affaibli.

III. — Le pronostic de l'ovariectomie n'est pas plus grave pendant la grossesse qu'en dehors de la puerpéralité.

C'est l'infection, démontrée par l'élévation de température observée alors, et non pas le traumatisme

chirurgical qui produit le plus souvent l'avortement, quand il a lieu.

IV. — Pendant toute la durée de la grossesse, même au dernier mois; le seul traitement rationnel des kystes de l'ovaire doit être l'ovariotomie.

V. — Pendant le travail, on doit encore recourir à l'ovariotomie, si la ponction, le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur, ou les tractions modérées avec le forceps n'ont pas réussi.

VI. — Après la délivrance d'un sujet porteur d'un kyste ovarien, le chirurgien, afin d'éviter la torsion si fréquente du pédicule, doit tenir la malade au lit dans le repos le plus absolu et lui appliquer un bandage compressif de l'abdomen.

L'intervention radicale ne doit pas être remise à plus d'un mois après l'accouchement.

VII. — Si, malgré toutes les précautions prises, il survient, peu de temps après le travail, quelque complication du côté du kyste, on ne devra pas hésiter à intervenir immédiatement en pleine période puerpérale.

Vu :

*Le Président de la Thèse,*  
LAROYENNE.

Vu :

*Pour le Doyen,*  
LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur,*  
*Président du Conseil de l'Université,*  
G. COMPAYRÉ.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- BARNES. — Traité clin. des maladies des femmes.
- BOSSARD. — Contrib. à l'étude des kystes pendant la grossesse.  
Th. de Toulouse 1896.
- BUDIN. — Journal des Sages-Femmes, du 16 décembre 1898 et du  
1<sup>er</sup> janvier 1899.
- CAUCHOIS. — L'ovariotomie dans les kystes para-ovariens et  
l'ovariotomie pendant la grossesse (*Bull. Soc. Chir.*, t. XI,  
1886).
- COCARD. — Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la  
grossesse et les suites de couches. Th. Paris 1896.
- CONDAMIN. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Quand faut-il in-  
tervenir (*Lyon Médical*, 28 janvier 1894).
- DELAGENÈRE. — Archives provinciales de chirurgie (Novembre  
1894).
- DOUMAIRON. — Etude sur les kystes ovariens compliquant la  
grossesse, l'accouchement et la puerpéralité. Th. de Stras-  
bourg, 1868.
- DUFFNER. — Ruptures et perforations des kystes de l'ovaire.  
Th. de Nancy, 1893.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie. Art. Kystes de l'ovaire
- ENGSTROM. — Ueber ovariotomie während der schwangerschaft,  
in Centr. f. gyn. 1890 n° 41.
- FOCHIER. — Kyste dermoïde adhérent dans le cul-de-sac de  
Douglas (*Lyon Médical*, 4 juillet 1886).
- KNOWSLEY-THORNTON. — Rotation of ovarian tumours in *Amer.*  
*Journal of the med. sciences*, octobre 1888.
- KOHLER. — *Wien. Med. Presse*, n° 49, 1891.

- LAWRENCE. — Ovariectomie post-partum. — *British medic. journ.* septembre 1893 et *Annales de Gyn.*, novembre 1893.
- LARRIVÉ. — Kystes de l'ovaire et ovariectomie. — *Lyon Médical* du 16 mai 1880.
- LE ROY DES BARRES. — Ovariectomie dans le cours d'une septiciémie puerpérale à forme prolongée — *Annales de Gyn. et d'Obstét.*, septembre 1893.
- MANGIAGALLI. — Ovariectomie während der Schwangerschaft und nach der Geburt (*Berlin. klin. Woch.*, 21 mai 1894).
- MOULS. — Contrib. à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Th. de Paris 1889.
- MORSE THOMAS. — Kyste dermoïde de l'ovaire enclavé. *British medical Journal*, 13 juin 1896 et *The Lancet*, 13 juin 1896.
- MARTIN. — *Berlin. klin. Wochensch.* 1878.
- PIPPINSKJOLD. — Geburt und Schwangerschaft nach ovariectomien (*Finska. Lakarelsk Handl.* n° 2) 1880.
- PARIZOT. — Th. de Paris 1886.
- PINARD. — Rapport sur l'obs. de M. le Dr Le Roy des Barres (*Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 1894).
- POLAILLON. — Ovariectomie double pendant la grossesse. *Bull. de l'Acad. de Médecine*, 1892.
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- REMY. — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. Th. d'agrégation de 1886.
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Précis d'Obstétrique.
- SPENCER-WELLS. — Ovariectomie au cours de l'accouchement. *British Medical J.*, 15 janvier 1898.
- TERRILLON, — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, *in Revue de Chirurg.*, 1887, p. 245.
- TERRILLON et VALAT. — Archives de tocologie, 20 avril 1888.
- TERRILLON. — *Bulletin général de Thérapeutique* de 1890.
- TREILLE. — Des tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique, th. de Paris, 1873.
- VEIT. — Ovariectomie le 4<sup>e</sup> jour des couches, *Berlin. Klin. Wochen.*, 1883, p. 493.
- VINAY. — Traité des maladies de la grossesse.
- J. WILLIAMS. — *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1884, p. 778.



